

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N° 935

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

BENAIM Gaston

né le 29 Janvier 1932 à RELIZANE (ORAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

1959

A PROPOS DE LA LOCALISATION
EXCEPTIONNELLE D'UN CHONDROME LARYNGE
A LA BANDE VENTRICULAIRE

Président : Mr M. AUBRY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

BENAIM Gaston

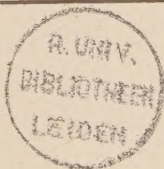
né le 29 Janvier 1932 à RELIZANE (ORAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE LA LOCALISATION
EXCEPTIONNELLE D'UN CHONDROME LARYNGE
A LA BANDE VENTRICULAIRE

Président : Mr M. AUBRY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaumin (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DEGOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GENNES (L. de)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale propédeutique	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	N
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Anne)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine du Travail	JOANNON (P.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	LENÈGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	GARCIN (R.)
Physiologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
Radiologie médicale	DOGNON (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL (J.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { CABROL (G.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOUREH (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.)
Carcinologie { DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PERVIGNOT (H.), m. conf. ROYER (F.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (G.)	
Neuro-chirurgie DAVID (M.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Ophtalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture.	JOSEPH (R.)	Pneumo ptisiologie	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
Pharmacologie.	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.	Stomatologie.	CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)	Urologie	QUENU (L.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (G.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale.	HAGDENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale.	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)
Secrétaires . . . M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs . . . M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires . . . M^{me} CONTET (J.), M^{lles} LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRES CHERS PARENTS

A qui je dois tout.

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547108_0003

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu présider cette thèse ,

En témoignage de mon profond respect.

A MON MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR BERARD

A MON MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PINEL

A qui je dois le sujet de cette thèse
et qui m'ont aidé dans sa rédaction.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS.

A PROPOS DE LA LOCALISATION

EXCEPTIONNELLE D'UN CHONDROME LARYNGE A LA

BANDE VENTRICULAIRE

—:—:—:—:—

Le chondrome du larynx est une tumeur rare, en effet, les chondromes siègent habituellement sur les articulations chondro-costales ou sur les os longs au voisinage des épiphyses fertiles.

Parmi les autres tumeurs du larynx , la fréquence du chondrome est faible, puisque SIROTA et HURWITZ, rapportent, dans les archives d'O.R.L. de 1952, qu'en 30 ans, de 1910 à 1940, 1100 tumeurs du larynx ont été reconnues à leur consultation parmi lesquelles figuraient 2 chondromes.

H I S T O R I Q U E

-:-:-:-

La 1ère mention de tumeur cartilagineuse du larynx remonte d'après I. MOORE, à 1822, date où HEUSINGER, à Berlin, publia la 1ère observation. En fait, c'est en 1830, à Paris, que GINTRAC décrivit cliniquement le 1er cas de chondrome laryngé.

Dès lors, chaque cas découvert a fait l'objet d'une publication et l'on peut citer, parmi les plus marquantes celle de SCHWARTZ en 1886, celle de KOHN en 1914.

En 1925, I. MOORE, dans le "Journal of Laryngology" regroupe et étudie toutes les observations connues à ce jour, il arrive ainsi au total de 62 cas dont il ne retient que 53 cas comme authentiques.

En 1932, FIGI, dans les Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie de Chicago publie 6 nouveaux cas et codifie pour la 1ère fois les indications thérapeutiques.

En 1944, MAC CALL DUPERTIUS et GARDINER, regroupent tous les cas de la littérature mondiale dans "The laryngoscope", ils ajoutent 30 nouveaux cas à la statistique de 1925 et apportent 2 observations personnelles.

Au total, en 1944, nous arrivons à 85 cas reconnus de chondromes du larynx, auxquels il faut ajouter :

- l'observation de chondrome de la corde vocale rapportée par

R.T. SMITH en 1942.

- les 2 cas de ROSEDALE et MOORE.

- celui de MOULONGUET et BOUCHE dans les Annales d'O.R.L. de 1947.

- l'observation publiée par M.R. LINK en 1949 dans les Annales

d'O.R.L. de Chicago.

Ainsi, en 1950, KELLY compte, dans le "Journal of Laryngology" 90 cas authentifiés de chondrome.

En 1953, HUET et LABAYLE, dans la "Semaine des Hôpitaux de Paris", font une très bonne étude de la symptomatologie, mais sont surtout frappés par "la surprenante contradiction qui, au point de vue des indications thérapeutiques, existe entre les différents auteurs".

En 1956, LEROUX-ROBERT, rapporte, à la Société de Laryngologie 3 observations de chondrome siégeant sur le chaton cricoïdien et traité par résection sous-périchondrale.

En conclusion, de cette revue de littérature, nous pouvons vérifier la rareté de telles tumeurs puisque, en 1959, nous n'en avons retrouvé que 102 cas publiés.

Parmi ceux-ci 9 avaient une évolution exolaryngée
 91 avaient une évolution endolaryngée
 1 seul était un chondrome de la corde vocale
 et 1 seul était un chondrome de la bande ventri-
 culaire

dont nous nous proposons de développer ici l'observation.

SIEGE

Le siège des chondromes du larynx doit être d'abord précisé.

Par ordre de fréquence, ils atteignent en effet, le cricoïde le
 cartilage thyroïde, l'épiglotte et les aryténoïdes.

En 1925, I. MOORE donnait les chiffres suivants :

- Cricoïdiens 19
- Thyroïdiens 12
- Cricothyroïdien 14 dont 8 classés Tumeurs mixtes
- Epiglottique 4
- Aryténoidien 4

et 5 cas classés hypertrophies,

En 1957, CAPPS, dans le "Journal of Laryngology" donnait les chiffres suivants :

- chaton cricoïdien 41 %
- aile thyroïdienne 23 %
- épiglotte 6 %
- aryténoïde 6 %
- mélange des 4 localisations 20 %
- généralisés 2 %
- soit 98 %

Ces chiffres ne comprennent pas le chondrome de la corde vocale
 rapporté par R.T. SMITH en 1942.

SEXE

Le sexe masculin paraît plus souvent frappé puisque 71 % des cas concernent des hommes, 17 % seulement des femmes et, dans 12 % des cas le sexe n'a pas été rapporté.

AGE

L'âge auquel apparaissent les chondromes du larynx mérite d'être signalé car, dans toutes les statistiques, et, en particulier dans celle de CAPPS en 1957, on retrouve les mêmes chiffres :

- Entre 40 et 50 ans 19 %
- Entre 50 et 60 ans 31 %
- Entre 60 et 70 ans 14 %

Le plus jeune des malades avait 15 ans, la plus vieille 92 ans.

Le maximum de fréquence se situe donc entre 50 et 60 ans et il est intéressant de signaler avec J. EWING, dans son livre sur les "NEOPLASTIC DISEASES" que les chondromes des autres parties du corps apparaissent dès le jeune âge, avant ou aux alentours de la Puberté, voire même dans certains cas, dès la naissance.

De plus, EWING, signale que le chondrome apparaît souvent en des endroits traumatisés ou sièges d'inflammation, alors que HUET et LABAYLE, insistent sur le fait qu'il n'y a aucune cause retrouvée à l'origine du chondrome laryngé.

Dans la littérature, nous n'avons retrouvé qu'une seule observation, relevée par I. MOORE, dans laquelle il était question d'un traumatisme ancien sur l'aile thyroïdienne.

P A T H O G E N I E

-:-:-:-

Les théories pathogéniques invoquées à l'origine de telles tumeurs ne sont que des hypothèses.

- Pour VIRCHOW "Developmental theory", la tumeur se développe toujours à partir d'une enveloppe périchondrale.
- Pour LUBET-BARBON, en se basant sur le fait que ces tumeurs apparaissent à l'âge où le larynx se calcifie, l'étiologie est dominée par une déviation du travail d'ossification.
- BERTOYE voyait une relation étroite entre ces chondromes et les exostoses ostéogéniques.
- SCHOTTLIN les regardait comme un processus dégénératif car il se basait sur deux faits :
 - 1) les ecchondromes ne naissent jamais au niveau des articulations très mobiles.
 - 2) EPPINGER a retrouvé les mêmes types de tissus dans les ecchondromes du larynx et les arthrites de la polyarthrite chronique évolutive.
- Enfin pour S.G. SHATTOCK, le chondrome laryngé serait le fruit d'inclusions embryonnaires de chondroplastiques qui sous l'effet de prédispositions spéciales se développeraient en tumeur.

En réalité (PIQUET et TERRACOL) il semble s'agir d'un trouble de la nutrition locale déterminant une dégénérescence hypertrophique mais dont le mécanisme exact est inconnu.

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E

-:-:-:-

Depuis VIRCHOW, il est classique de diviser les chondromes en ecchondromes et enchondromes.

Les ecchondromes :

Ils ont la même structure essentiellement hyaline que les autres cartilages du larynx.

Ils sont développés à partir de la couche la plus profonde du péri-chondre.

Ils sont longtemps latents et ne donnent pas de tumeurs volumineuses.

Leurs connections avec le noyau périchondral originel peuvent être atténuées et, au maximum ils peuvent sembler isolés dans la muqueuse.

Les ecchondromes sont donc habituellement petits, lisses ou noduleux, souvent multiples, ils peuvent s'ossifier, se calcifier ou même d'après J. EWING, subir une dégénérescence amyloïde.

Ils sont constitués de cartilage hyalin ou hyalino-fibreux entouré de péri-chondre normal.

Les enchondromes :

La possibilité d'existence des enchondromes semble justifiée par le fait que le cartilage est un tissu de transition dont les cellules sont douées d'un fort potentiel d'activité, de mouvements de type amœboïde

(J. EWINGS), et de pouvoir métaplasique.

Ces enchondromes, ou chondromes vrais, se développent en des endroits normalement vierges de tout débris cartilagineux, il en existe 2 types :

- périphérique
- et
- central.

Les enchondromes sont des tumeurs dures, rondes, souvent multicentriques et qui peuvent atteindre de grandes dimensions.

Elles sont entourées de périchondre, elles restent cartilagineuses à tous les stades de leur évolution.

Histologiquement : RANVIER a rencontré 4 types de cartilage :

- 1) hyalin pur
- 2) hyalino-fibreux où des cloisons conjonctives séparaient les différents îlots cartilagineux.
- 3) embryonnaire
- 4) cartilage à cellules étoilées et à stroma réticulé.

Nutrition de la tumeur :

Ces tumeurs conjonctives sont nourries par un riche réseau de lymphatiques, mais on a pu retrouver des vaisseaux sanguins voire même de véritables espaces caverneux à l'intérieur des travées fibreuses séparant les noyaux de cartilage hyalin.

Croissance de ces tumeurs :

D'après ERNST, les cellules ayant le plus fort potentiel de croissance sont situées à la périphérie du chondrome.

La matrice peut être hyaline fibreuse, élastique même, et dans ce cas le potentiel de croissance semble plus grand.

Cette étude de la croissance du chondrome nous permet d'envisager les frontières entre chondrome et chondrosarcome.

Certains chondromes sont moins bien enveloppés de péri-chondre que d'autres, et, ils peuvent, dès lors, envahir les tissus voisins et les vaisseaux sanguins ce qui les classe parmi les tumeurs malignes, pourtant l'interprétation histologique peut être très difficile.

En général, les tumeurs les plus molles, et les plus riches en cellules sont les plus susceptibles de dégénérer, l'indifférenciation des cellules périphériques est le seul test admis.

En résumé :

Les chondromes du larynx ont une taille qui peut varier de celle d'un noyau de cerise à une énorme tumeur remplissant toute la cavité laryngée. Fait important, la tolérance à la dyspnée est bonne malgré cette obstruction.

Histologiquement on rencontre 3 sortes de stroma : hyalin, fibreux, réticulé.

La transformation en ostéochondrome, la calcification, la dégénérescence mucoïde, ou la dégénérescence maligne sont possibles. Pour cette dernière, seule l'affirme la présence de cellules sarcomateuses fusiformes ou globocellulaires, mais l'indifférenciation des cellules périphériques fait peser un doute sur les conclusions anatomopathologiques, et le chondrome le plus bénin, histologiquement, reste sous la menace d'une évolution maligne tardive.

Les différents types de chondromes sont rencontrés au niveau du larynx, d'après CAPPS dans les propositions suivantes :

- Enchondromes 44 %
- Ecchondromes 33 %
- Myxochondromes 13 %

Actuellement, on rapporte les hypertrophies, qui représentent 6 % des cas, à un trouble endocrinien d'origine hypophysaire (CHEVALIER-JACKSON).

Enfin, dans 2 % des cas le type n'a pas été rapporté.

La fréquence de la dégénérescence maligne était pour M.R. LINK en 1949 de 1 pour 88.

S Y M P T O M A T O L O G I E

-:-:-:-

Pour CHEVALIER-JACKSON, il y a une distinction clinique capitale entre :

Les tumeurs nées à partir des cartilages laryngés qui englobent le larynx et font corps avec lui, elles en bouleversent l'architecture et l'obstruent,

et les tumeurs nées en dehors des cartilages laryngés qui peuvent le déformer et le comprimer, mais qui, après ablation, laissent reprendre au larynx sa position et ses fonctions antérieures.

En fait cette opinion est trop tranchée.

Les signes qui amènent le malade à consulter sont en accord avec la taille, la situation, la rapidité de croissance de la tumeur.

L'enrouement est le premier symptôme usuel, même si la corde vocale n'est pas intéressée directement. La voix, d'après MOURE, peut prendre un timbre spécial : c'est "la voix boisée".

Le plus souvent, le signe de début est une dyspnée, car le chondrome est habituellement sous-glottique, à point de départ : face laryngée du chaton cricoïdien.

Cette dyspnée apparaît d'abord à l'effort puis elle devient permanente réalisant alors une dyspnée laryngée banale inspiratoire avec abaissement du larynx et plus rarement cornage. Elle peut même s'exagérer en accès aigus.

qui imposent une trachéotomie rapide.

La toux est une toux d'obstruction, c'est la "toux de chien" de GAREL.

L'aphonie peut survenir si le jeu des cordes vocales est bloqué en abduction.

La dysphagie peut être assez importante pour nécessiter une alimentation par sonde.

Les signes physiques sont peu nombreux.

Il est rare de voir une tumeur extériorisée, par contre, la crépitation laryngée peu disparaître précocément dans les tumeurs postérieures.

Il n'y a jamais d'adénopathies.

A l'examen laryngoscopique on trouve habituellement dans la sous-glotté, une masse arrondie déformant la cavité, recouverte par une muqueuse normale, non modifiée, mais parfois jaunâtre.

Il n'y a pas de réseau vasculaire nettement visible.

Il n'y a pas d'ulcérations, mais parfois de simples érosions superficielles.

Le jeu des aryténoïdes est le plus souvent gêné mais il n'y a pas de paralysie des cordes vocales.

Le toucher, après anesthésie locale, peut révéler une tumeur ferme dure même mais non saignante.

La laryngoscopie directe doit être tentée si la tumeur n'est pas trop volumineuse, elle montre bien ses limites, son implantation large, sessile; et, à l'aide d'une forte pince, CHEVALIER-JACKSON a pu biopsier de telles tumeurs; en fait, le plus souvent, la pince glisse sur la tumeur et ne ramène qu'un lambeau de muqueuse saine, Aucune hémorragie n'est à craindre le plus souvent.

Le diagnostic positif est parfois facile, à condition de penser à de telles tumeurs, il devient très difficile dans certaines formes cliniques et en particulier dans les formes polypeuses, en grappe ou dans les chondromes mous.

L'examen radiologique peut apporter des renseignements importants, le cliché de profil avec test de VALSALVA, permet de voir les limites de la tumeur qui sont régulières, l'implantation sessile, mais il ne permet de conclure sur la nature chondromateuse de cette tumeur que s'il révèle des calcifications étoilées à l'intérieur de l'ombre tumorale.

Le diagnostic différentiel pose peu de problèmes :

- le laryngocèle peut le simuler mais son niveau est plus élevé, et il donne au stylet ou à la sonde une sensation particulière.
- le fibrome, le papillome, le neurinome, sont de couleur différente.
- le carcinome est plus mou, plus friable, il s'ulcère, s'infecte, il peut donner des métastases ganglionnaires.

A ce propos, signalons une observation de FRANKEL (Berlin) dans laquelle, un malade opéré d'un chondrome vrai, vérifié microscopiquement, fut revu porteur d'adénopathies métastatiques chondromateuses.

La syphilis laryngée s'accompagne de périochondrite.

Le diagnostic est donc centré sur l'examen anatomo-pathologique en connaissant les réserves que comportent les résultats de cet examen, et, pour LICHTENSTEIN et JAFFE, on ne peut considérer un chondrome comme bénin que s'il existe des calcifications intratumorales importantes.

En conclusion de ce bref aperçu clinique, nous pouvons affirmer les multiples aléas que comporte le pronostic du chondrome apparemment le plus bénin.

L'observation que nous allons maintenant développer présente :

- 1) L'intérêt de la localisation exceptionnelle de ce chondrome à la bande ventriculaire.
- 2) Celui de soulever les problèmes thérapeutiques et pronostiques de ces tumeurs.

Observation clinique : Service du Docteur BERARD - Hôpital Tenon.

Il s'agit d'un homme de 57 ans. T... Gaston, Cheminot de son métier qui vient consulter pour la 1ère fois en Juin 1959 pour une dysphonie modérée, apparue depuis 3 mois. Cette dysphonie, en effet, laisse à la voix une force assez grande.

L'examen laryngoscopique indirect montre une saillie lisse de la bande ventriculaire gauche commençant en avant à l'extrémité antérieure de la bande, ne remontant pas sur l'épiglotte, l'angle entre la saillie de la bande et l'épiglotte étant absolument normal.

Cette saillie est régulière et s'étend sur les 2/3 antérieurs de la bande, dont le 1/3 postérieur a un aspect normal.

Les 2/3 antérieurs de la corde gauche sont masqués, le 1/3 postérieur qui est visible, est normal.

La muqueuse recouvrant la tumeur est de couleur et d'aspect normal.

Les replis aryténoépiglottiques et les aryténoïdes ne sont pas modifiés eux non plus.

Mais l'hémi-larynx gauche est complètement fixé. On perçoit, à l'examen soigneux, une ébauche de mouvement de l'aryténoïde gauche qui n'entraîne pas la bande.

L'hémi-larynx droit est absolument normal.

L'examen externe ne montre aucune anomalie; en effet :

- la peau est normale, glisse bien. Le corps thyroïde n'est pas hypertrophié.
- le larynx est mobile sur les plans profonds et on perçoit la crépitation normale.
- on ne sent aucune tumeur.
- et toutes les chaînes ganglionnaires du cou sont indemnes.

L'examen du nez ne révèle aucune rhinopathie.

Devant l'aspect de cette bande ventriculaire, une tentative de biopsie est faite; elle échoue mais elle révèle à la pince une sensation de dureté importante.

On tente alors de passer sous le bord interne de la bande, vers le toit du ventricule de Morgagni. La pince dérape toujours sur cette tumeur dure et ne ramène qu'un fragment de muqueuse saine.

Devant cet insuccès, on décide de faire une thyrotomie exploratrice. Auparavant, des examens biologiques ont été pratiqués : tous normaux et la radio pulmonaire ne montre qu'un cul-de-sac pleural gauche comblé par une symphyse ancienne.

Cette thyrotomie est faite le 10.7.59 :

- anesthésie locale, incision médiane verticale.
- ligature et section de l'isthme thyroïdien.
- ouverture médiane du cartilage thyroïde.

L'aspect macroscopique confirme en tous points l'image laryngoscopique, c'est-à-dire tumeur de la partie moyenne de la bande ventriculaire gauche respectant les 2 extrémités, soulevant la bande dont la muqueuse est normale.

L'exploration soigneuse du ventricule de Morgagni, corde vocale gauche et fond du ventricule, ne révèle aucune anomalie en dehors du toit du ventricule refoulé par la tumeur et pouvant être recliné montrant ainsi une muqueuse normale.

La tumeur est bien développée dans l'épaisseur même de la bande ventriculaire.

- prélèvement au bistouri d'un important fragment de la tumeur aux fins d'examen histologique.
- fermeture simple sans trachéotomie.

Les suites opératoires sont simples.

Quelques jours plus tard nous arrive le résultat anatomo-pathologique (Docteur J. CONTE et Professeur GAUTHIER VILLARS) :

La biopsie comporte deux fragments :

1°) L'un d'eux est pratiquement normal, il est tapissé par une muqueuse laryngée malpighienne et kératinisante. Dans la sous-muqueuse on trouve une glande lobulée normale.

2°) Le 2ème fragment est tapissé par une muqueuse malpighienne atrophique ici mais sans aucun caractère néoplasique.

C'est dans l'épaisseur de la paroi que l'on constate une prolifération tumorale dont le caractère intramural correspond bien à l'aspect décrit par le chirurgien, il s'agit d'une tumeur mésenchymateuse faite d'une plage cartilagineuse.

Les cellules cartilagineuses sont, tantôt faciles à reconnaître et subnormales, tantôt très atypiques avec des noyaux inégaux et monstrueux parfois logés à plusieurs dans la même logette. A la périphérie de la plage tumorale prélevée, les cellules deviennent très petites, très indifférenciées, vaguement éosinophiles, il s'agit là d'une zone de prolifération active, encore peu différenciée.

3°) Enfin, la plage tumorale comporte une zone de nécrose.

En conclusion :

La tumeur est bien intramurale sur le fragment prélevé, il s'agit d'une tumeur chondromateuse, les caractères cytologiques et la présence de nécrose sont en faveur d'une tumeur maligne.

(En ce qui concerne la radio sensibilité de cette tumeur, et si l'on s'en réfère à celle des chondrosarcomes des membres, elle est nulle et la radiothérapie a même été accusée de provoquer des flambées évolutives dans les tumeurs de ce type).

Une intervention curatrice est donc envisagée et 11 jours après la lère, le 21.7.1959 elle est entreprise.

C.R.O. : Reprise de la même incision médiane ainsi que de l'ouverture médiane du cartilage thyroïde. On fait une intervention limitée à l'exérèse simple de la bande ventriculaire dans sa totalité, depuis l'angle antérieur du cartilage thyroïde, et, en profondeur jusqu'à l'aile thyroïdienne.

Cette exérèse est faite au bistouri électrique.

La face profonde de l'aile thyroïdienne est absolument indépendante de la tumeur développée dans la bande.

On conserve la corde vocale inférieure gauche.

Fermeture sur trachéotomie.

Les suites opératoires sont extrêmement simples.

L'examen macroscopique de la tumeur confirme que celle-ci est développée dans la bande et bien limitée à elle.

Les muqueuses de la face supérieure de la bande et du toit du ventricule sont normales.

L'ablation totale de la bande a été faite très largement et la marge de sécurité est importante, la section ayant passé très loin en tissu sain.

Un deuxième examen histologique est demandé sur la pièce entière.

Il montre :

1) sur l'un des prélèvements pratiqués une muqueuse cylindrique partiellement métaplasique, qui s'ulcère.

Le fond de l'ulcération est constitué par un tissu cartilagineux tout à fait analogue à la plage tumorale constatée sur le prélèvement biopsique. Cette zone cartilagineuse est infiltrée de suffusions hémorragiques, sans doute les témoins de la biopsie.

En dehors des zones hémorragiques, le cartilage montre les mêmes caractères cytologiques suspects que sur la biopsie.

Un foyer cartilagineux plus profond est situé entre les îlots d'une glande sous muqueuse; cette plage cartilagineuse profonde est complètement nécrosée.

La glande est lobulée, volumineuse sans caractères tumoraux, elle se trouve sur une sous-muqueuse fibreuse qui repose sur une zone musculaire non tumorale.

2) La 2ème coupe pratiquée dans le fragment réséqué ne montre plus de zone cartilagineuse superficielle.

La muqueuse laryngée est partiellement ulcérée, partiellement leucoplasique.

La glande sous-muqueuse est altérée par des remaniements inflammatoires subaigus avec métaplasie partielle en regard de l'ulcération.

Le cartilage profond est retrouvé entre les lobules glandulaires, il est nécrotique avec des logettes volumineuses, il ne paraît pas tumoral.

Conclusion :

La résection chirurgicale ne montre pas des caractères tumoraux ni aussi évidents, ni aussi impressionnants que sur la biopsie. La zone tumorale paraît avoir été réséquée entièrement lors de celle-ci.

La seconde exérèse est passée en tissu sain et le cartilage retrouvé dans la profondeur de la paroi ne semble pas tumoral.

Au terme de cet examen, beaucoup plus rassurant, il est vrai que la 1ère réponse, une discussion s'est ouverte à propos des indications thérapeutiques.

Fallait-il ou non faire un traitement radiothérapique ?
étant donné :

- la limitation extrême de la tumeur qui a permis son extirpation complète.
- le peu de radiosensibilité habituel de telles tumeurs.
- le 2ème examen histologique plus rassurant.

La décision a été prise de ne pas faire une irradiation complémentaire, mais de surveiller régulièrement ce malade.

Nous reprendrons d'ailleurs plus tard, les problèmes pronostiques et thérapeutiques généraux posés par les chondromes laryngés.

Après 3 mois, le malade a été revu, il présente à l'examen externe un aspect cicatriciel banal, il se plaint d'une légère dysphonie résiduelle, et, à l'examen laryngoscopique, à part la cicatrice de l'ablation de la bande, il a récupéré une mobilité laryngée excellente.

Il n'y a pas d'adénopathie perceptible.

L'état général est très satisfaisant.



Conclusions thérapeutiques et pronostiques

Nous donnerons d'abord un tableau récapitulatif très explicite retrouvé dans le travail de CAPPS en 1957.

Types d'intervention		Récidives	Morts post-opératoires
Trachéotomie palliative	6	0	} 4
Trachéotomie + ablation par les voies naturelles	2	1	
Ablation par les voies naturelles	9	0	0
Pharyngotomie sous hyoïdienne	1	1	0
Laryngofissure	24	6	3
Laryngectomies { Partielle	8	} 2	0
{ Totales	4		
Pharyngotomie latérale	8	3	1

Les irradiations n'ont donné aucun succès pour CAPPS, et le cas de chondrosarcome présenté en 1947 par M. HUET, en commentaire de l'observation de MM. MOULONGUET et BOUCHE résume les effets curateurs de la radiothérapie et téléradiothérapie.

Le seul autre cas d'effet curateur de l'irradiation X est rapporté par WAGGETT.

Le pronostic général est dominé :

- avant l'intervention par l'asphyxie et plus rarement par le risque de compression des récurrents ou des ~~p~~neumogastriques.
- après l'intervention par la sténose post opératoire si l'on a été obligé de sacrifier en grande partie le squelette cartilagineux du larynx.
- et surtout par le risque de récurrence qui peut être bénigne ou maligne.
- la dégénérescence sarcomateuse reste le grand problème.

La biopsie peut difficilement trancher, mais le chondrosarcome semble rare puisque SIROTA ne compte que 5 cas sur 89 chondromes et, le plus souvent, les chondromes évoluent pendant des années sans créer d'intolérance grave.

Entre ces 2 évolutions opposées, le chondrome peut avoir une croissance très progressive ou récidiver en cas d'exérèse incomplète.

On comprend ainsi l'extrême variabilité des traitements proposés depuis la résection endoscopique jusqu'à la laryngotomie totale.

Les indications thérapeutiques proposées par les différents auteurs sont :

- Pour CHEVALIER JACKSON :

l'ablation complète dès le diagnostic fait, avec trachéotomie rendue indispensable si la charpente cartilagineuse du larynx a été enlevée en grande partie, il faut aller systématiquement cureter tous les foyers tumoraux et la résection sous péri-chondrale, si elle est possible est le seul moyen de prévenir la sténose post-opératoire ultérieure.

Dans certains cas la laryngectomie totale est seule possible.

La radiothérapie est presque sans valeur car ces tumeurs sont très radiorésistantes et peuvent augmenter ou récidiver malgré elles.

La radiothérapie n'est indiquée qu'avec de grandes précautions dans les chondrosarcomes où elle a parfois une action palliative, mais elle peut permettre, comme l'a montré M. HUET de faire une intervention logique d'autant plus que l'histologie de la pièce avait été transformée.

PIQUET et TERRACOL, fixent les indications thérapeutiques suivantes :

- si l'urgence l'impose, trachéotomie qui sera volontairement la plus basse possible.
- en dehors de ces cas :
 - . pour de très petites tumeurs : résection endoscopique.
 - . pour les grosses tumeurs : ablation sous péri-chondrale totale de la tumeur et parfois seule la laryngectomie totale est possible.
 - . dans les chondrosarcomes : laryngectomie
- la radiothérapie donne peu de résultats.

Après l'intervention, surtout si celle-ci a entraîné des délabrements importants, il faut craindre, donc prévenir la sténose, au besoin en ajustant des prothèses.

Les indications données par M.R. LINK sont absolument superposables mais il insiste plus particulièrement sur les possibilités de récidive en cas

de résection sous péricondrale, ce qui nécessiterait alors une ablation **totale** de tout le squelette cartilagineux avec son retentissement fonctionnel sur le jeu des cordes vocales et la possibilité de sténose ultérieure.

En conclusion, nous nous rangeons aux indications thérapeutiques de HUET et LABAYLE en 1953 :

Les chondromes sont des tumeurs rares, on n'en connaît que 100 cas environ, le départ est difficile entre chondrome et chondrosarcome, et, si une chirurgie conservatrice est suffisante dans le 1^{er} cas, elle expose aux récurrences dans le second.

Pour fixer les indications thérapeutiques de telles tumeurs : il faut :

- 1) Etudier la symptomatologie fonctionnelle, son ancienneté et la chronologie des troubles.
- 2) Etudier l'aspect clinique et faire un schéma aussi exact que possible des lésions.
- 3) L'examen radiologique peut parfois permettre le diagnostic.
- 4) L'examen histologique, très difficile souvent, ne peut trancher formellement entre chondrome et chondrosarcome, donc :
 - 1) Une tumeur chondromateuse qui évolue lentement depuis des mois ou des années est presque à coup sûr une tumeur bénigne et permettra donc, lors de l'intervention de conserver l'architecture laryngée.
 - 2) Une tumeur cartilagineuse dont la symptomatologie est récente impose une trachéotomie basse si la tumeur est sous glottique, puis le recours aux explorations complémentaires.

Mais il existe des chondrosarcomes à marche lente et il est exceptionnellement possible d'affirmer avec certitude la béginité d'un chondrome.

Enfin, dans le cas d'examen histologique douteux, la radiothérapie n' a donné qu'exceptionnellement des résultats heureux .

La conduite à tenir est donc la suivante :

Biopsie indispensable au besoin par thyrotomie exploratrice et résection modelante de la tumeur en conservant l'architecture laryngée , toute la tumeur sera analysée histologiquement.

Une radio pulmonaire sera pratiquée avant et après l'intervention.

Enfin la radiothérapie peut être employée comme assurance de sécurité.

Si la biopsie a montré les éléments malins la radiothérapie pénétrante associée à la téléroentgénothérapie permettrait une intervention secondaire complétée par irradiation post-opératoire.

Pendant tout ce temps des contrôles **radiographiques** pulmonaires seront pratiqués.

Si l'irradiation n'a amené aucune rétrocession dans un chondrosarcome il est sage de faire une laryngectomie totale suivie de radiothérapie.

Et, JEROME ROBERT en 1956, commentait son rapport à la Société de
Laryngologie en ces termes :

- 1) Les dimensions sont des données très rares et c'est un diagnostic auquel il
faut penser pour pouvoir le porter.
- 2) Le potentiel de malignité de telles tumeurs a une double expression clinique
et histologique mais que le laryngologiste puisse s'en rendre compte à travers
un examen.
- 3) L'irradiation X et la ponction biopsie sont dans le cas des particularités d'
histologie révèle une une différenciation des cellules tumorales, ce donne
un doute sur la bénignité de la tumeur.
- 4) L'ablation opératoire est possible mais ne fera pas d'opération mutilan-
te en tumeur des cordes et la volume de la tumeur permet une laryngectomie
totale étendue.

Nous résumons présentement cette observation de localisation à l'un des
cordes larynx à la base ventriculaire que pour insister sur 3 faits :

- 1) Le siège histologique de cette tumeur - qui sont elles-mêmes rares - le char-
drome étant absolument indépendant de tous les cartilages du larynx.
- 2) Les problèmes pronostiques soulevés par ces tumeurs qui peuvent présenter
des foyers de cellules normales. Cela peut alors pousser pour une tumeur
maligne. Problèmes pronostiques que nous ne pouvons encore résoudre dans
cette cas. Particulièrement puisque le seul moyen nous pourrions affirmer le bien
être des cordes larynx par notre anatomopathologiste lors de l'examen de la
première pièce histologique.

A ce propos, rappelons que ERNST, signale ces foyers sous péricondraux très évolutifs et souvent indifférenciés à la périphérie des chondromes même bénins ; mais que pour LICHTENSTEIN et JAFFE, le seul argument permettant d'affirmer la bénignité du chondrome, est la présence de calcifications intratumorales.

- 3) Enfin, le troisième fait important se rapporte aux indications thérapeutiques : chez un tel malade, devant une tumeur aussi bien limitée, aussi petite et connaissant la rareté du chondrosarcome laryngé :
- Fallait-il faire une opération mutilante après le résultat de la 1^{ère} biopsie ?
 - Fallait-il, au contraire, essayer au maximum de préserver la fonction laryngée ?
 - Fallait-il enfin envisager un traitement radiothérapique ?

En définitive, nous avons fait confiance au seul traitement chirurgical limité, à condition absolue de surveiller régulièrement ce malade.

C O N C L U S I O N S

Les chondromes du larynx sont des tumeurs rares, nous n'en avons, en effet, retrouvé que 102 cas publiés dans la littérature.

Le siège habituel est la face endolaryngée du chaton cricoïdien. Ils siègent plus rarement, et par ordre de fréquence au niveau :

~ de l'aile thyroïdienne

~ de l'épiglotte

~ des arytenoïdes

Nous n'avons retrouvé aucun autre cas publié de chondrome de la bande ventriculaire.

Nous avons rapporté ici l'observation d'un chondrome laryngé siégeant dans l'épaisseur même de la bande au milieu des fibres musculaires.

La tumeur elle-même était invisible à la laryngoscopie et soulevait la partie moyenne de la bande, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal.

L'exploration chirurgicale a montré son indépendance complète, tant de la face interne de l'aile thyroïdienne que du cartilage arytenoïdes.

Ce chondrome a été traité par exérèse limitée de la bande ventriculaire.

Le diagnostic n'a pu être porté que par thyrotomie exploratrice,
l'intervention d'exérèse a alors été faite dans un deuxième temps.

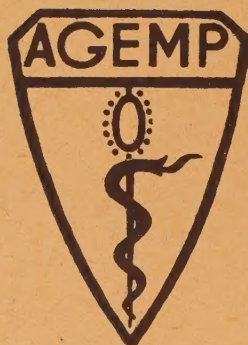
Vu, le Président de thèse
Professeur AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

- J. EWING - Neoplastic Diseases 1922.
- IRWIN MOORE - Journal of Laryngology 1925.
- FIGI - Annals of O.R.L. 1932.
- MAC CALL DUPERTIUS - GARDIMER - The laryngoscope 1944.
- MOULONGUET et BOUCHE - Annales d' O.R.L. 1947.
- M.R. LINK - Annals of O.R.L. - 1949.
- SIROTA et HURWITZ - Archives of laryngology 1952.
- J. KELLY - Journals of laryngology 1950-1952.
- HUET et LABAYLE - Semaine des Hôpitaux de Paris 1953.
- LEROUX - ROBERT - Annales d' O.R.L. 1956.
- CAPPS - Journal of Laryngology 1957.
- PIQUET et TERRACOL - Maladies du larynx.
- CHEVALIER JACKSON et CHEVALIER L. JACKSON - Le larynx et ses Maladies.
-



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90